様式第５（第９条関係）

# 東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給申請書兼請求書

年　　月　　日

東浦町長

申請者　住所　東浦町大字

氏名

（電話　　－　　－　　）

東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金の支給を受けたいので、次の事項について同意し、申請します。

【同意事項】

１．決定に当たって必要な範囲内で、申請者の幼児が通園する施設等が有する学齢簿、徴収金台帳等を町が閲覧及び調査すること。

２．申請内容や同意して得た情報を給付金受給資格審査、給付金額の算定その他の附帯業務のために町が利用すること。

３．要綱に規定する内容を遵守すること。

１　申請者

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 申請幼児との続柄 | １父　２母<br>３その他（　　）<br>注）該当番号を○で囲み、その他の場合は( )内も記入してください。 | 現住所 | 〒　　－ |
| | 氏名 | | | | | |
| | 連絡先※１ | | □父携帯　□母携帯　□自宅　□その他（　　） | | | |
| | （電話番号） | | □父携帯　□母携帯　□自宅　□その他（　　） | | | |

※１　連絡先（電話番号）欄は、確実に連絡がとれる順に記入してください。

２　申請幼児

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請幼児※２ | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 現住所<br>申請者と異なる場合のみ記入 | 〒　　－ |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |

※２　対象幼児が複数いる場合は、幼児ごとに作成してください。

３　利用した施設等

| | | | |
|---|---|---|---|
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | 所在地 | 〒　　－<br>電話： |
| 施設・事業名 | | | |
| 契約している利用料※３ | □月額　　円　□日額　　円　□時間額　　円 | | |

※３　該当箇所にレを記入し金額を記入してください。利用料の設定が月単位を超える（四半期、前期・後期等）場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定（10 円未満端数切捨て）し、月額欄の□にレを記入し、算定した月額相当分を記入してください。

## 4　支給申請額

| 支給申請額 | 金　　円（　　年　　月～　　年　　月分） | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 対象月 | 対象施設等に支払った月額利用料（a）※4 ※5 | 月額基準額（b）※6 | 請求額（aとbを比較して小さい方）（c） | 対象月 | 対象施設等に支払った月額利用料（a）※4 ※5 | 月額基準額（b）※6 | 請求額（aとbを比較して小さい方）（c） | 支給申請額 左記（c）の合計 |
| 4月 | | | | 10月 | | | | 円 |
| 5月 | | | | 11月 | | | | |
| 6月 | | | | 12月 | | | | |
| 7月 | | | | 1月 | | | | |
| 8月 | | | | 2月 | | | | |
| 9月 | | | | 3月 | | | | |

※4　上記で記入した利用料の合計額を支払ったことを証明する書類（領収証等）を添付してください。

※5　利用料の設定が月単位を超える（四半期、前期・後期等）場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定（10円未満端数切捨て）してください。

※6　月額基準額は、町からの支給申請依頼で記載があった額を記入してください。

## 5　給付金の振込先※7

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関番号 | | | | | 金融機関名 | 銀行・信用金庫・農協・信用組合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支店番号 | | | | 支店名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | | | 預金種目 | □普通　□当座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義(ｶﾀｶﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※7　**申請者と口座名義が異なる振込先（対象施設等は不可）を指定する場合は、必ず下記に署名してください。**

私（申請者）は、上記口座名義人に給付金の受取を委任します。

申請者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿